M. le Professeur Brouardel
de l'Institut
Hommage très respectueux
de l'auteur
P. Phocas
14, Bd Liberté Lille

LISTE

des

TITRES & TRAVAUX

du

Docteur PHOCAS

DE LILLE



LILLE
IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE, ÉDITEUR
209, Rue Léon-Gambetta, 209
—
1902

TITRES

Interne des hôpitaux de Paris (1880).

Lauréat (mention honorable) au concours de la médaille d'or des hôpitaux de Paris (1885).

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris (1782-1885).

Professeur-agrégé des Facultés de médecine (1889).

Chargé du cours complémentaire de la clinique chirurgicale des enfants à la Faculté de médecine de Lille (depuis 1889, encore en fonctions).

Chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté de Lille (1891-1893).

Chirurgien des hôpitaux de Lille (1895).

Chirurgien en chef du Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer (depuis 1896, encore en fonctions).

Ancien candidat du bureau central de Paris, pour la chirurgie (1888-1889).

Médecin aide-major de 1re classe, de réserve.

Titres honorifiques.

Officier de l'Ordre du Sauveur de Grèce.

Officier de l'Instruction Publique.

Membre correspondant national de la Société de chirurgie (1893), de la Société anatomique, de la Société de Pédiatrie.

Membre ordinaire de l'Association française de chirurgie.

Membre correspondant de la Société belge de chirurgie.

Membre du comité du Congrès international de Paris (1900).

ENSEIGNEMENT

Enseignement d'anatomie et de médecine opératoire à l'école pratique de Paris. — 3 ans.

Enseignement clinique des maladies chirurgicales des enfants. — 12 ans (Lille).

Enseignement de médecine opératoire. — 2 ans (Lille).

Conférences de pathologie externe. — 1 semestre (Lille).

Fondateur et directeur, avec MM. Lemoine et Doumer, du *Nord Médical.*

Membre du comité de rédaction de la *Revue d'orthopédie* de M. le Professeur Kirmisson. Collaborateur aux *Archives provinciales de chirurgie*, à la *Gazette des hôpitaux*, au *Bulletin médical*, etc.

Années de service.

Hôpitaux de Paris et de Lille (externat, 2 ans; internat, 4 ans). Hôpital Saint-Sauveur (12 ans). — Total : 18 ans.

Université. — 12 ans (Lille), 3 ans (Paris). — Total : 15 ans.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES



GÉNÉRALITÉS

Anesthésie.

De la meilleure manière d'administrer le chloroforme.

(*Nord méd.*, N° 36, 1896, et *Chir. journalière*, article *Chloroforme*. — Voyez aussi *Manuels de thér. clinique, maladies spéciales*, à propos de l'anes thésie au *Chlorure d'élhyle*, que j'ai expérimenté avec M. Béal, p. 490).

Asepsie et antiseptie.

De l'asepsie et de la stérilisation des mains.

(*Nord méd.*, 1er juillet 1900. — *Chir. journalière*, article *Asepsie*. — Voyez aussi *Revue générale*, *Presse médicale*, 1901, numéro juillet, sur l'*Asepsie des mains*, Longuet).

De la stérilisation des plaies opératoires à l'aide de l'eau bouillante.

(*Gaz.*, *Hôp.*, 1894).

Avec M. Hennecart, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous avons entrepris une série d'expériences relatives à l'action de l'eau bouillante sur les tissus sains. Nous nous sommes arrêtés à l'eau bouillante, après avoir expérimenté l'huile selon le procédé de Trendelenburg.

Ces expériences sont consignées en détail dans un mémoire présenté par M. Hennecart, pour le prix des Amis de l'Université.

Cet article résume les principales conclusions et établit la bénignité et l'efficacité de l'eau bouillante dans les plaies tubercu-

leuses. Nos essais dans ce sens sont contemporains des recherches de Jeannel, de Toulouse, qui a cependant publié le premier sa communication sur l'*ébouillantement des plaies*. — (Voyez aussi article de Bauby, dans les *Arch. prov. de chir.*, etc.)

Le lavage du sang.

(*Nord méd.*, 15 octobre 1897).

La mobilisation mécanique continue dans les ankyloses.

(Acad. méd., 12 août. — *Gaz. Hôp.*, 1897, p. 1238).

Voici en quels termes j'ai communiqué à l'Académie de médecine, en 1897, le résultat de mes recherches :

« Il est bien admis aujourd'hui que le mouvement d'une articulation ne revient que par le mouvement, et les ankyloses fibreuses, qui sont les plus fréquentes, bénéficient du massage méthodique, scientifique et honnête, grâce aux mouvements patients qu'on leur imprime. Il s'agit là d'un redressement partiel, répété, à petites doses, mais brusque et manuel, par conséquent douloureux.

» Il fallait trouver un moyen qui permît de mobiliser la jointure sans éveiller ni douleur ni réaction locale. Ce résultat ne pouvait être obtenu que par la répétition fréquente et prolongée de petits mouvements indolents où la *continuité de l'effort* devait suppléer à l'insuffisance do la force ou de l'étendue du mouvement

» On ne pouvait mieux confier cette continuité et cette uniformité de l'effort qu'à *une machine*.

» M. Doumer a bien voulu construire pour moi une machine de ce genre, et profitant de la force motrice de son service d'hôpital, nous avons pu obtenir certains résultats.

» Cette méthode, que j'appellerai la *mobilisation continue*, est actuellement en grande faveur dans le public. Elle mérite d'être prise en sérieuse considération par les médecins. »

STATISTIQUES

Compte rendu annuel de la clinique chirurgicale des enfants de l'hôpital St-Sauveur. (Lille, 1891, 16 p.)

Compte rendu annuel de la clinique chirurgicale des enfants. (108 opérations, 1890).

Rapport sur le fonctionnement du Sanatorium. (Du 1er novembre 1895 au 15 juillet 1896).
(44 pages. 1896, Lille, imp. Camille Robbe).

Rapport sur le fonctionnement du Sanatorium (Du 1er juillet 1896 au 20 janvier 1897).
(56 pages. 1897, Lille, imp. Camille Robbe).

Rapport sur le fonctionnement du Sanatorium. (Du 7 juillet 1897 au 20 juin 1898).
(56 pages. 1898, Lille, imp. Camille Robbe).

Rapport sur le fonctionnement du Sanatorium. (Du 20 juin 1898 au 5 octobre 1899).
(64 pages. 1899, Lille, imp. Camille Robbe).

Rapport sur le fonctionnement du Sanatorium. (1900-1901).

(36 pages. 1901, Lille, imp. Camille Robbe).

Statistique des opérations pratiquées à Lille. (Du 7 janvier 1896 au 1er janvier 1897, 339 opérations).

(*Nord méd.*, 1er février 1897).

CRANE. — CERVEAU

Fracture de la base du crâne par cause directe.

(*Soc. anat.*, 1884).

Un homme, en tombant d'une voiture, s'est enfoncé le tuyau de sa pipe dans l'orbite. Les pièces sont déposées au musée Dupuytren.

Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocéphalie.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892, p. 75).

Jusque dans ces derniers temps, la seule méthode opératoire qu'on ait dirigée contre l'hydrocéphalie a été la ponction du cerveau. A la suite du mémoire de Keen (1888), et du travail de Broca, nous avons pratiqué une des premières trépanations pour hydrocéphalie avec drainage de ventricules latéraux. Nous avons eu un insuccès. Depuis, on n'a pas publié des cas houreux de cette opération. Une autre observation se rapporte à une hydrocéphalie ayant déterminé une stase papillaire. La simple trépanation avec ponction a eu pour résultat d'améliorer l'état général. L'enfant a été revu 18 mois après. Il peut se tenir debout et se développe assez bien.

Une autre observation d'hydrocéphalie se trouve dans notre *clinique chirurgicale des enfants* (1893, p. 32). Cette fois, j'ai pratiqué 9 ponctions cérébrales, depuis le 9 mai jusqu'au 16 août, retirant en tout 960 gr. de liquide, sans observer aucun accident, et avec une certaine amélioration.

D'après cette dernière observation, et d'autres inédites, je considère les *ponctions aspiratrices* commo la meilleure méthode thérapeutique dans l'hydrocéphalie.

Guibert. — *Encéphalocèle.*

(*Anat. pathologique*, 1894, Lille).

L'observation qui a servi à M. Guibert à se livrer à des recherches anatomiques sur l'encépbalocèle provient de mon service. Il s'agit d'un enfant sur lequel j'ai fait la cure radicale.

Crâne et cerveau.

(*Chirurgie journalière*, p. 275).

Dans l'article *fractures du crâne* je donne une observation intéressante d'une crâniectomie pratiquée par nous sur une femme de 20 ans, qui, à la suite d'une chute, présentait une hémiplégie droite avec agitatiou continuelle du côté gauche. Cette femme, qui était dans un état d'insensibilité complète, a pu recouvrer, à la suite de l'opération, ses mouvements et son intelligence. La crâniectomie a eu un effet décompressif très remarquable.

Observations anatomo-pathologiques relatives aux localisations cérébrales.

(*Soc. anat.*, 1882).

RACHIS

Déviations latérales du rachis dans le mal de Pott, et particulièrement dans le mal de Pott dorso-lombaire.

(*Revue d'orthopédie*, 1er janvier 1893, 3 pages).

Après les auteurs américains et M. Kirmisson, nous avons donné des observations personnelles pour confirmer la coexistence du mal de Pott et de la scoliose. Nous avons pu décrire, de la sorte, une variété spéciale du mal de Pott, caractérisée au début par une gibbosité médiane et angulaire, qui peut faire quelquefois défaut. De ce point, comme d'un centre, la colonne vertébrale se dévie, la région dorsale se dirigeant à droite, et la région lombaire à gauche. Nous avons aussi appelé l'attention sur un signe peu connu qui a toujours été confirmé. Nous voulons parler de la saillie de l'apophyse transverse qui dénote le mouvement de rotation de la vertèbre, saillie sur laquelle la pression des doigts provoque une douleur exquise et localisée. Nous accordons à ce signe une grande valeur diagnostique.

Du traitement du mal de Pott par le redressement manuel.

(*11e Congrès de chir., Paris*, p. 322 ; *Assoc. franç de chir.*, 1897; procès verbal. — *Archives provinciales de chirurgie*, VII, p. 133, mars 1898. — *Méd. moderne*, 29 janv. 1898, IX, 409. — *Revue de chirurgie*, Paris, 1897, XVII, p. 1.021. — *Nord méd.*, Lille, 1897, III, 185-189. — *Ann. d'orthopédie*, Paris, 1897, p. 309. — *Bull. méd.*, sept. 1900, N° 80. — *Gazette hebd.*, octobre 1897, N° 84. — Congrès belge, Gand, juin 1898, in *Ann. soc. belge de chir.*, 1898, p. 173, et *Gaz. hebd.*, Paris, 1898, N° 52, thèse Rozoy. — *Redressement du mal de Pott*, Paris, 1901).

Communications du Congrès international.

(Section de chirurgie de l'enfance, et comptes rendus de Sanatorium de St-Pol, 1900).

Dans ces différentes communications, je me suis attaché à étudier de près la méthode du redressement du mal de Pott sous le chloroforme (méthode de Calot), et après avoir appris la méthode à Berck, par Calot lui-même, je l'ai appliquée et j'ai suivi toutes ses péripéties.

J'ai suivi ainsi mes opérés et j'ai pu me convaincre en dernier lieu que cette méthode ne trouvait que des rares indications et ne méritait pas de détrôner la simple immobilisation, qui reste la seule grande méthode générale du traitement dans le mal de Pott.

FACE ET COU

Des végétations adénoïdes.
(15 décembre 1890, *Nord méd.*).

Clinique sur les symptômes et le traitement des tumeurs adénoïdes, que j'ai été l'un des premiers à pratiquer à Lille.

Polypes fibro-muqueux des fosses nasales.
(*Soc. anat.*, 1885).

Il s'agit d'une pièce rare recueillie dans le service de M. Tillaux.

Bec-de-lièvre. Note sur la position de Rose dans l'opération des becs-de-lièvre.
(*Soc. de chir.*, 1892, p. 316).

Sur quelques particularités du manuel opératoire du bec-de-lièvre.
(*Gaz. Hôp.*, 1892, p. 885).

D'Hour, Th. de Lille : *Du traitement du bec-de-lièvre.*

J'ai préconisé le premier, je crois, la position de Rose dans l'opération du bec-de-lièvre pour pouvoir faire les débridements avec l'instrument tranchant. Dans la thèse de M. D'Hour, mon ancien interne, on trouvera une statistique des becs-de-lièvre opérée par moi jusqu'en 1895.

Depuis cette époque, me basant sur une quarantaine d'opérations, je reste convaincu de la facilité que donne la position de Rose et le débridement à l'instrument tranchant.

Dans ma *Thérapeutique chirurgicale* (p. 318) j'ai donné une autre manière d'opérer le bec-de-lièvre simple. Au lieu de faire un lambeau on peut se contenter d'ouvrir les deux lèvres de la division et de les réunir. Dans un second temps, on corrige *l'encoche* par le procédé de Nélaton. Pour le bec-de-lièvre compliqué, l'opération en plusieurs temps me paraît préférable.

Urano-staphylorraphie.

(*Nord méd.*, 15 août 1896).

Élève de Trélat, j'ai adopté dans l'opération de la staphylorraphie les préceptes du maître et sa manière d'opérer, tout en modifiant l'attirail chirurgical et en supprimant souvent les aiguilles spéciales.

Kyste dentaire.

(*Nord méd.*, 44, 1896).

Kyste dentaire enlevé chez une femme. Discussion sur le diagnostic et le traitement.

Adéno-phlegmon du cou.

(*Bull. méd. du Nord*, 1890, p. 251).

Phlegmon cervical supérieur et angine de Ludwig.

(*R. intern. de rhinologie et d'otologie*, 1894).

Traitement chirurgical du croup.

(*Nord méd.*, N° 1, 1894).

Dans cette clinique, faite au moment de la découverte du sérum

antidiftérique, je donne les indications du tubage, destiné à supplanter, dans un grand nombre de cas, la trachéotomie.

Quant à la trachéotomie, je préconise un procédé opératoire chirurgical moderne, c'est-à-dire l'opération lente à ciel ouvert, avec antisepsie et anesthésie. La trachéotomie no doit pas être, selon moi, un tour de force, mais une opération réglée.

Lipomes du cou.

(*Nord méd.*, 15 octobre 1898, avec figure).

Cllnique à propos d'un énorme lipomo enlevé chez une femme.

Kystes séreux congénitaux du cou et des membres.

(*Méd. infantile*, 15 septembre 1894).

A propos de deux observations, je fais une description de oes kystes, dont l'un a été l'objet d'un important examen histologique de la part de M. le professeur Hermann.

Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide, en collaboration avec M. le professeur Curtis

(*Arch. provinciales de médecine*, 1899, 45 pages et photogravures).

Ce mémoire a eu pour point de départ une opération d'une tumeur de la parotide, enlevée par moi chez une femme.

Ayant en vue le mémoire du professeur Berger (Tumeurs mixtes du voile du palais, *Revue de Chir.*, 1897), j'ai prié M. Curtis de faire un examen détaillé de ma pièce, de façon à élucider cette question discutée de l'origine *épithéliale* ou *conjonctive* de ces tumeurs. L'examen de M. Curtis tend à faire prévaloir l'idée allemande de l'*origine conjonctive* de ces tumeurs.

Corps étrangers de l'œsophage, avec radiographie.

(1899, *Nord méd.*, 1er octobre).

Dans cetto clinique je donne la radiographie d'un sou fixé à

l'œsophage, la figure du panier que Kirmisson venait de présenter à la Société de chirurgie et à l'aide duquel on peut enlever sans danger les sous fixés dans l'œsophage des enfants. Je discute la question de l'œsophagotomie.

Abcès rétro-pharyngiens chez l'enfant. Leur traitement.

(*Sem. méd.*, 1892, p. 522. — Voyez aussi *Traité* de Le Dentu et Delbet, article de *Morestin*, t. VI[e], p. 156).

Deux voies se présentent au chirurgien pour évacuer le pus : la voie buccale et la voie cutanée. Mais la voie buccale offre des inconvénients. Aussi avons-nous préconisé, le premier en France, le procédé de Watson Cheyne et de Pollard. Une incision de 3 cent. fut menée derrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien. La peau et le muscle paucier sectionnés, le bistouri fut mis de côté et nous continuâmes la dissection avec la sonde cannelée et les instruments mousses. La sonde cannelée, en trouant l'aponévrose profonde, fit couler quelques gouttes de pus. Guidée sur la sonde, une pince hémostatique fut introduite au fond de la plaie; en la retirant, nous dilatâmes l'orifice et nous pûmes pénétrer avec le doigt dans l'abcès. Un lavage fut fait et un drain fut placé debout. Un pansement au sublimé termina l'opération.

Nous avons opéré sous le chloroforme en toute sécurité, et l'hémorragie a été nulle. L'opération est, en somme, facile.

Notre article a eu pour résultat de remettre la question sur le tapis et de discuter la valeur de la voie cutanée dans l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens, aussi bien aigus que chroniques.

Torticolis rachitique. Ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis musculaire. Torticolis aigu. Son traitement par la suspension de Sayre.

(In *Leçons cliniques de chirurgie orthopédique*, 1895, et *Gazette des Hôp.*, 23 octobre 1890; *Revue d'orthopédie*, septembre 1891. — *Soc. de chir.*,

séances des 25 juin et 2 juillet 1890. — Voyez aussi *Monographie Redard : Le torticolis et son traitement*, 1898, Paris, etc.).

Dans ces publications, l'auteur a été l'un des premiers, après M. Kirmisson, en France, à préconiser la méthode de Volkmann, c'est-à-dire la ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis. Il a discuté pas à pas les avantages et les inconvénients de la méthode, à l'aide de nombreuses observations personnelles, et il est arrivé à cette conclusion actuellement classique, à savoir, que « mieux vaut un » cou droit avec cicatrice qu'un cou tordu et vierge de toute » cicatrice ».

Dans une autre publication, il a décrit le premier le *torticolis rachitique*. Cette forme spéciale de torticolis s'observe chez les jeunes enfants, au début du rachitisme; elle est sous la dépendance du ramollissement des os, de l'affaiblissement des ligaments et des muscles, du poids de la tête volumineuse et aussi peut-être des mauvaises attitudes. Cette description a été admise par M. Redard (page 32, le *Torticolis)*, et par M. Piéchaud *(Précis de chirurgie infantile*, 1900. Collection Testut, Paris, page 254).

Enfin, dans le *torticolis aigu*, l'auteur a préconisé, l'un des premiers, le traitement qui paraît le plus efficace et qui consiste dans la suspension à l'aide de l'appareil de Seyre et l'immobilisation dans une gouttière de carton.

ABDOMEN

De la gastro-entérostomie.

(*Nord méd.*, 1898, 15 décembre).

Il s'agit d'une observation de gastro-entérostomie pratiquée selon le procédé de Von Haeker, pour une tuméfaction de pylore sans adhérences. La tumeur, qui était sensible avant l'opération a disparu à la suite de la gastro-entérostomie et la malade est restée guérie. La disparition de ces tumeurs a été signalée à la Société de chirurgie plus tard ; elle a été attribuée à la résolution d'une tumeur inflammatoire ou à un changement de rapports de la tumeur. Notre malade est restée guérie un an. Après cela elle a récidivé.

Des appendicites.

(*Nord méd.*, 15 mars 1897 et 1er avril 1897).

De l'appendicite.

(*Nord méd.*, 1er mai 1899).

Technique de l'opération de l'appendicite.

(Congrès médical d'Athènes, 1901. et *Nord méd.*, 1901).

Dans cette dernière étude, basée sur 32 observations, j'ai étudié en détail la technique de l'opération de l'appendicite à chaud et à froid.

Voici les conclusions :

L'opération de l'appendicite localisée à chaud offre une certaine

mortalité. Cetto mortalité peut diminuer en restreignant l'acte opératoire au minimum, en se contentant d'ouvrir l'ahcès eans rechercher l'appendice et sans toucher aux adhérences. Mais dans ces cas, l'opération eet incomplète et expose aux accidents poet-opératoires (fistules, éventratione, récidivee) Mieux vaut ccpendant exposer son malade à ces accidents, en définitive peu graves, qu'à la mort. Une première coneéquence de ce que je viene de dire est donc que l'opération de l'appendicite à chaud doit être limitée au strict minimum, à *l'ouverture de l'abcès.* Une autre conséquence est la suivante : Toutes lee fois que cela est possible, il vaut mieux attendre, laisser guérir le malade et pratiquer l'opération à froid si elle est nécessaire. De cette façon, on no risque pas de tuer certains malades, et on a la eatisfaction de les voir guérir médicalement ou de les guérir plus tard, d'une façon radicale et sans danger, par une opération réglée et inoffensive.

Quant à l'opération à froid, elle est hénigne, maie elle ne saurait être regardée comme absolument inoffensive, car elle donne 1,66 % de mortalité. Il faut donc établir eérieusement les indications avant de la propoeer.

Quoiqu'il en soit, l'opération à froid est l'opération idéale, celle à laquelle doivent tendre tous les efforts thérapeutiquee, et la conduite chirurgicale, qui consiste à laisser refroidir une appendicite aiguë pour l'attaquer à froid, ne diffère pas essentiellement d'un principe généralement euivi en chirurgie, qui nous fait toujoure éviter les opératione sur lee séreuses en pleine évolution de la maladie, et nous fait préférer le traitement médical, tant qu'il exiete dee phénomènes infectieux aigus. Nous ne nous comportone pas autrement devant une arthrite tuberculeuse ou une salpingite suppurée. Il n'y a pae de raison pour ne pas suivre les mêmee préceptes quand il s'agit d'une appendicite.

Tumeur inflammatoire du cæcum guérie à la suite d'une simple laparotomie.

(15 mai 1897, *Nord méd.*).

Cette oheervation est à rapprocher de celle de Julliard *(Revue*

méd. de la Suisse romande, 5 Mai 1897) et de celle de Marchant et Demoulin *(Soc. de chir., 27 Juin 1899)*. Mais, à l'encontre des deux précédents opérateurs, nous n'avons fait que la *laparotomie*. Notre malade a guéri et reste guérie depuis 5 ans. C'est la meilleure preuve de la nature inflammatoire de cette tumeur.

De la tuberculose du cæcum, en collaboration avec M. le Dr Carrière

(Nord méd. Oct. 1901).

A l'occasion d'une tuberculose cæcale que nous avons eu l'occasion d'opérer avec succès, nous avons fait, avec notre collègue M. Carrière, quelques recherches histologiques et bibliographiques, et nous sommes arrivés à cette conclusion : que la tuberculose du cæcum en soi n'est pas une maladie grave, qu'elle emprunte toute sa gravité aux infections secondaires et à l'obstruction intestinale. Il est donc inutile d'avoir recours aux graves résections intestinales, et les opérations qui auront le plus de chance de succès seront l'entéro-anastomose, la résection partielle ou l'anus contre nature, selon les indications. Dans notre cas la résection partielle a suffi pour guérir le malade.

De l'entéro-anastomose dans la colite muco-membraneuse grave.

(Congrès français de chir., 1901, *sous presse)*.

Cette opération, qui n'a jamais été faite, que je sache, pour une colite aiguë (les 3 cas de Giordano, de Venise, concernant des colites ulcéreuses chroniques), a été faite dans les circonstances suivantes : le 22 janvier 1900 j'ai opéré un enfant qui présentait des signes d'obstruction incomplète avec tumeur et péritonisme, j'ai trouvé une colite aiguë avec péritonite localisée au niveau du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié du transverse. J'ai pratiqué l'entéro-anastomose entre la dernière anse de l'iléon et

le côlon transverse. Guérison persistante et retour à l'état normal. L'observation est intéressanto puisqu'elle ouvre une nouvelle voie dans la thérapeutiquo do la colite muco-membraneuse grave. Elle élucide aussi quelques phénomènes do cetto maladie et peut-être aussi elle contribue à expliquer la naissance des *tumeurs dites inflammatoires* du cæcum.

Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

(*Méd. moderne*, 1892, p. 766).

Kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

(*Méd. infantile*, **15 mars** 1893).

Observation d'un volumineux kyste hydatique du foie, traité par le procédé de l'incision en un temps (procédé Lindenam-Landau. Elle est intéressante, parce que les kystes hydatiques sont rares chez l'enfant, du moins dans notre région. L'observation est aussi intéressante en ce qui concerne le diagnostic. Le ballottement de la tumeur aurait pu faire croiro à une tumeur rénale. Notre cas vient à l'appui do ces faits signalés par le Dentu et Tuffier (*Bull. Soc. de chir.*, 1893, p. 67-89).

Cancer du côlon transverse.

(Congrès français de chirurgie, 1899, p. 466, 2 figures).

Il s'agit d'une opération radicale do cancer du côlon transverse, pratiquée sur un homme de 59 ans, avec guérison persistante. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un adénome en transformation cancéreuse. Dans la thèse de Lardennois (1899) on trouve 82 observations do cancer opérée, avec une mortalité élevée (de 29 morts). Notro observation est la 7[me] observation française. Depuis a paru l'importante monographio de Bovis (lo cancer du gros intestin rectum excepté par do Bovis, professeur à l'école de médecine de Reims, Paris 1901), où notre cas est cité.

Obstruction intestinale par péritonite tuberculeuse.

(Nord Médical, 1902, N° 176).

Observation d'une petite fille de 3 ans et demi, opérée pour une obstruction intestinale datant de huit jours. L'obstruction étsit due à une bride et elle étsit occasionnée par une péritonite tuberculeuse. C'est la vingt-neuvième observation connue de cette complication de la péritonite tuberculeuse et la treizième guérison connue à la suite de la laparotomie.

A l'aide de cette observation et d'autres opérstions récentes, je préconise un procédé simple pour trouver l'obstacle dans la lsparotomie faite en vue d'une obstruction intestinale.

Au lieu de chercher le cæcum, toujours difficile à trouver, il suffit de mettre de côté toutes les anses dilatées et d'aller chercher au fond du bassin les anses intestinales affaissées qui se présentent sous forme d'un amas d'*intestin de poulet*. Ce sont les anses affaissées qu'il faut extérioriser et s'en servir pour sller par voie de dévidement sur l'obstacle.

Je préconise donc une sorte d'*éviscération partielle* : l'éviscération du bout inférieur.

HERNIES

Remarques à propos d'une observation de hernie inguinale chez un enfant de 13 mois.

(*Bull. méd. du Nord*, 4 et 5, 1890)

Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.

(Congrès de chir. 1895, 9e session, et *Nord Méd.*, 25, 1895).

Cure radicale des hernies inguinales chez l'enfant en bas-âge.

(*Mercredi méd*, 1892, p. 341)

Hernie congénitale enkystée dans une hydrocèle funiculaire.

(*Gaz. des Hôp.*, 1893, p. 3).

Hernie interstitielle étranglée chez l'adulte. Difficultés de diagnostic entre la hernie inguinale interstitielle et la hernie crurale. Kélotomie. Guérison.

(*Progrès méd*, 1886, p. 29).

Cure radicale des hernies.

(*Gaz. des Hôp.*, 1897)

Note sur l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales.

(*Arch. provinciales de chir*, N° 7, 1898).

Félizet a, le premier, en 1890, publié une opération de hernie

chez un enfant en bas-âge. Karewski a rapporté 9 observations. Charon, en Belgique, a rapporté 1 observation. « En France, M. Phocas, agrégé à la Faculté de Lille, a publié la relation de deux opérations pratiquées avec succès chez des enfants, dont l'un avait quatre mois, et l'autre quinze. » (Felizet : *Les hernies inguinales de l'enfance*, Paris, préface, p. VII).

Broca a publié un mémoire en 1892.

Au congrès de chirurgie de 1895 nous pouvions présenter 48 observations. Nous arrivions aux conclusions suivantes : La cure radicale de la hernie chez l'enfant est une opération bénigne, efficace et souvent indiquée.

Depuis cette époque nous n'avons pas publié nos observations, qui sont au nombre d'une cinquantaine par an.

Nous ne ferons que signaler certains procédés de cure radicale.

La hernie inguinale est opérée de la manière suivante :

Ouverture du canal inguinal, isolement du cordon, section du crémaster et de la fibreuse commune. Je découvre alors le sac en étalant le cordon sur le doigt et je me sers du bord visible du sac pour le saisir et le séparer du reste *sans l'ouvrir*. Je n'ouvre le sac qu'à la fin de la dissection, pour vérifier le contenu ou pour le séparer de la vaginale, s'il y a lieu. Je pratique ensuite la réparation du canal à la Bassini. J'opère sur le plan incliné.

Dans les hernies ombilicales, j'ai modifié l'omphalectomie de Condamin de la manière suivante :

Laparotomie étroite sus-ombilicale, examen de l'anneau avec le doigt introduit dans le ventre ; incision de tous les tissus sur le doigt en dehors de la hernie, de manière à rabattre l'ombilic et la hernie sur le ventre comme un tablier, et à traiter les viscères herniés du dedans en dehors, en ouvrant le sac par son collet.

Cette opération, j'ai eu l'occasion de l'appliquer aussi dans la kélotomie pour une hernie ombilicale étranglée. (Voyez figures *Chirurg. journ.*, p. 458).

HYDROCÈLES

Hydrocèle congénitale tuberculeuse. Essai de pathogénie de l'hydrocèle communicante.

(*Arch. provinciales de chir.*, Paris, 1893, 355-369, et Congrès de chir., 1891).

Hydrocèle communicante avec lipome sous-péritonéal. Cure radicale. Guérison.

(*Nord méd.*, 1896, N° 32).

Hydrocèle tuberculeuse.

(*Moniteur médical Athènes*, 1901, et thèse JARTEL, thèse de Lille, 1900 : de l'hydrocèle tuberculeuse).

L'hydrocèle congénitale tuberculeuse n'était pas connue jusqu'à 1891, époque à laquelle j'ai appelé sur elle l'attention du Congrès de chirurgie et j'ai posé la définition suivante : « Par hydrocèle congénitale tuberculeuse, nous entendons une hydrocèle de nature tuberculeuse survenant dans le canal péritonéo-vaginal qui a conservé sa disposition congénitale. Le mot « congénital » ne s'applique donc pas à la nature de l'affection mais à la malformation du contenant.

Ma description et mon mémoire aux *Archivistes Provinciales de chirurgie* (1893) ont établi donc cette entité morbide, citée comme telle dans le traité de Duplay et Reclus (article Reclus). On trouvera aussi de longs développements dans l'article de M. Sébileau (*Traité* de Le Dentu et Delbet, tom. IX, p. 914). — Les observations de Tenderich, ainsi que celles de Broca et Pilliet,

de Broca et Petit, sont venues confirmer en grande partie mes déductions. — M. Jartel, dans sa thèse, faite sous mon inspiration, a réuni quarante-cinq observations, a suivi et retrouvé mes malades anciens et donné d'autres observations plus récentes. Il a défendu l'opinion que l'hydrocèle tuberculeuse forme une entité morbide caractérisée :

1° Par la nature tuberculeuse du liquide ; 2° L'existence fréquente d'un gros noyau tuberculeux donnant l'apparence d'un troisième testicule ; 3° Par l'épaississement des parois de la poche ; 4° Par l'induration et la sensibilité du cordon et de l'épididyme. Il a confirmé que le véritable traitement efficace est l'ablation du sac.

L'étude de cette hydrocèle m'a amené à émettre l'hypothèse de la nature péritonéale du liquide de la plupart des hydrocèles communicantes. Faure avait, d'après Verneuil, émis cette hypothèse que j'ai essayé d'établir sur certaines preuves. M. Sébileau a discuté, dans l'article *hydrocèle congénitale*, avec beaucoup de talent, toute cette question.

RÉGION OMBILICALE

Des adénomes de l'ombilic.

(*Nord méd.*, 1er mars 1898).

Grâce aux travaux de Küster et au mémoire de Lannelongue et Frément, on connait actuellement les adénomes de l'ombilic et on peut les distinguer d'une autre tumeur ombilicale plus fréquente : le granulome. L'adénome est une tumeur congénitale et il est caractérisé par une consistance solide et une structure glandulaire. Le granulome est, par contre, une tumeur acquise de consistance molle et formée de tissu embryonnaire très vasculaire.

La tumeur que nous avons étudiée offre ceci de particulier qu'elle réunit les caractères de l'adénome et de granulome.

D'après l'examen de M. Curtis, les deux tiers supérieurs de la masse sont tapissés d'épiderme et formés de tissu embryonnaire, tandis que la portion la plus profonde de la tumeur offre les caractères histologiques de l'adénome.

Il s'agit donc d'une *tumeur mixte*. La tumeur que nous avons examinée offre cette particularité intéressante de servir, pour ainsi dire, de terme transitoire entre les granulomes et les adénomes de l'ombilic, de manière à nous faire voir qu'entre ces deux genres de tumeurs, si proches au point de vue clinique, il n'y a pas incompatibilité.

Dire qu'il existe des transitions entre l'adénome, tumeur élevée en organisation, et le granulome, simple bourgeon charnu d'origine inflammatoire, n'est-ce pas fournir une nouvelle preuve de l'existence de ces néoplasies inflammatoires, dont j'ai soutenu depuis

1886 l'existence, et que mon savant ami M. Delbet a étudié à plusieurs reprises d'une façon magistrale.

Conçues dans cet esprit, les tumeurs bénignes de l'ombilic, le granulome aussi bien que l'adénome, sont des néoplasies reconnaissant pour cause l'inflammation chronique, c'est-à-dire une infection atténuée qui aboutit à la néoplasie. Leur communauté causale est attestée par leurs ressemblances cliniques et par la coïncidence de leurs caractères anatomiques respectifs dans la même variété de tumeur.

Fistules ombilicales dues au canal de Meckel
(en préparation avec M. Demoulin).

Travail basé sur deux observations rares de fistules opérées.

RECTUM

Gros polype du rectum chez un homme de 40 ans.
(*Bull. soc. anat.*, 441-445, et *Prog. méd.*, 1885, p. 164).

Il s'agissait d'un énorme polype du rectum enlevé par M. Trélat, à l'aide de l'anse galvanique. Ce polype était un véritable adénome, ainsi que l'a démontré l'examen microscopique.

Prolapsus du rectum chez l'enfant.
(*Gaz. des Hôp.*, 1891, p. 243, et *Nord méd.*, article de M PAQUET, 1896).

Polypes du rectum chez l'enfant.
(*Ann. d'orth. et de chir. pratique*, t. VI, N° 2, p. 33).

La résection du cancer du rectum.
(Procédé de KRASKE, *Bull. méd. du Nord*, N° 12, 1890).

Rétrécissement congénital du rectum.
(*Nord méd.*, 15 juillet 1898).

Parmi ces différentes publications je signalerai le procédé que j'emploie pour tenir réduit le prolapsus du rectum chez l'enfant. Je passe deux fils de suture à travers les fesses. Au bout de 2 ou 3 jours, pendant lesquels on constipe l'enfant, le prolapsus reste réduit et on peut enlever les fils.

REINS

De la néphrotomie

(Congrès français de chir., 1898, p. 88).

De l'examen de 4 opérations de néphrotomie suivies de 4 succès opératoires et une mort au bout d'une année, je déduis les conclusions suivantes :

La néphrotomie est une opération bénigne, facile et efficace en tant qu'opération d'urgence, propre à sauver la vie menacée par une pyonéphrose, mais son efficacité curative à longue échéance n'est manifeste que dans certaines circonstances limitées, dans la pyonéphrose simple et certaines pyonéphroses calculeuses. En ce qui concerne la tuberculose rénale, la néphrotomie ne conserve que la valeur d'une médication palliative d'attente.

J'exposerai la même pensée en disant que la pyonéphrose simple est justiciable toujours d'une néphrotomie, tandis que les pyonéphroses symptômatiques ne sont justiciables de cette opération que dans des cas déterminés, quand la néphrectomie est impraticable.

Sarcomes du rein

(*Bull méd. du Nord*, obs. in *Nord méd.*, 1896. — Thérapeutique chir., article *Reins*)

Un enfant de 2 ans et demi fut opéré par nous d'un énorme sarcome du rein.

L'examen microscopique a été fait par M. Curtis. Il y a eu guérison opératoire et récidive au bout de huit mois.

VESSIE

Cavité de Retzius.

A propos d'un concours de prosectorat, à Clamart, nous avons déposé à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, des pièces qui démontrent l'existence d'une véritable cavité de Retzius, limitée de toutes parts par des aponévroses assez résistantes pour fermer la cavité (1888).

Exstrophie de la vessie. Nouveau procédé opératoire.

(Congr. franç. de chir. Compte rendu, p. 414, 1898).

J'ai eu l'occasion d'opérer une exstrophie de la vessie, sur une fillette de treize mois.

Voici le procédé autoplastique que j'ai imaginé :

1° Cathétériser les uretères et laisser deux sondes à demeure ;

2° Faire rapprocher par un aide les deux lambeaux exubérants des grandes lèvres ;

3° Aviver ces deux lambeaux sur leur face externe et les réunir.

Après l'exécution de ces trois premiers temps, les trois quarts de l'exstrophie vésicale étaient couverts. Il restait une portion de la vessie découverte en haut.

Nous aurions pu recouvrir le reste à l'aide de deux lambeaux pris à l'abdomen, mais c'eût été peu économique.

L'avivement des grandes lèvres nous a fourni le moyen d'avoir deux lambeaux. Cet avivement se fit comme dans le procédé de Mirault (bec-de-lièvre) ; les lambeaux sont restés adhérents, et,

retournés en haut, ils sont venus recouvrir le reste de la vessie après avoir été légèrement tordus. La suture a pris une forme en T avec la branche horizontale courbe. De cette façon, sans aucune perte de substance, nous avons couvert la totalité de la vessie par le rapprochement pur et simple des deux grandes lèvres exubérantes. 2 figures montrent le procédé.

Contribution à l'étude du traitement des calculs vésicaux chez la femme et en particulier de la dilatation du col de la vessie chez la femme.

(*Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, 20 p., 1890, p. 345).

Revue générale de la question. Deux observations inédites.

Voici les conclusions : 1° la dilatation du col de la vessie chez la femme est très souvent suffisante pour extraire des calculs de 2 à 3 centim.; 2° la même opération est souvent applicable aux calculs que dépassent ce diamètre, car on peut faire la lithotritie; 3° il faut toujours commencer le traitement des calculs vésicaux chez la femme par la dilatation, d'autant plus que cette opération est capable, à elle seule, de faciliter l'expulsion spontanée du calcul, ainsi qu'il résulte de notre observation; 4° cette conduite est d'autant plus rationnelle que la dilatation est inoffensive (la mortalité est nulle à une condition : l'intégrité parfaite des organes urinaires et des reins); 5° les accidents qu'elle détermine ne sont pas trop à craindre; 6° à tous les âges la dilatation est indiquée, quand il s'agit d'extraire un calcul ou un corps étranger de la vessie, mais il n'est pas démontré que la dilatation rapide soit meilleure que la dilatation lente chez les jeunes filles et au-dessous de 14 ans; 7° en tout cas, aux deux extrêmes de la vie, il faut craindre l'incontinence et prendre des précautions particulières, fragmenter, par exemple, certains calculs; 8° dans certains cas particuliers, on pourrait peut-être confier à la nature l'expulsion du calcul, après avoir dilaté le col de la vessie.

Tumeurs de la vessie chez l'enfant.

(Congrès français de chir., 1892 et *Cl. chir. des enfants*, p. 85).

Mémoire basé sur une observation personnelle et sur l'analyse de 30 observations analogues recueillies dans la littérature médicale. A l'aide de ces matériaux, nous établissons soigneusement l'histoire des tumeurs de la vessie chez l'enfant, et nous discutons leur diagnostic et leur traitement.

De la radiographie dans les calculs vésicaux et les corps étrangers de la vessie.

(*Bull. soc. de chir.*, 1900).

La radiographie est destinée à faciliter le diagnostic des calculs vésicaux. Chez l'enfant, en particulier, où le cathétérisme nécessite l'anesthésie, il est possible de faire le diagnostic des calculs par la radiographie, qui donne des notions précises non seulement sur l'existence du calcul, mais encore sur sa situation, sa forme, son volume, etc. De cette façon on peut opérer par la taille sus-pubienne sans avoir à faire une seule fois une manœuvre intra-urétrale. Je me suis comporté deux fois de cette façon et j'ai pu extraire le calcul et pratiquer la réunion immédiate de la vessie. Guérison en 8 jours. Pour les corps étrangers la radiographie est encore plus précieuse, car elle indique la situation et la forme du corps étranger et dicte la conduite chirurgicale sans autre exploration.

TESTICULE

De la tuberculose du testicule chez l'enfant.
(*Nord méd.*, 15 février 1898).

De la tuberculose testiculaire et de ses divers traitements chez l'adulte et chez l'enfant.
(Louis ARNAL, Thèse, Lille, 1900).

Mes observations se trouvent consignées dans cette thèse.

Sur les tumeurs des enveloppes des bourses.
(MINET. Thèse, Lille).

RÉGION SACRÉE

Rupture musculaire. Épanchements fibrineux. Déformations consécutives.
(*France méd.*, Paris, 1884, p 1359).

Tumeurs sacro-coccygiennes.
(*Bull. soc. anat.*, 1897).

Deux observations, dont l'une particulièrement intéressante, parce qu'il y avait des battements. Extirpation. Guérison.

Lipome périméningé simulant un spina bifida.
(*Nord méd.*, 26, 1895, p. 214).

Angiome sous-cutané de la région rachidienne.
(*Nord méd.*, 1896).

Contribution à l'étude de la coccygodynie.
(*Arch. provinc. de chir.*, 1892, p. 407).

Ce mémoire est basé sur une observation personnelle de coccygodynie rencontrée sur une petite fille et sur des observations semblables éparses dans la littérature. Il établit l'existence de cette maladie sur l'enfant, ainsi que le meilleur traitement, qui consiste dans la résection du coccyx quand les autres moyens ont échoué.

RÉGION MAMMAIRE

Contribution à l'étude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein.
(Thèse doctorat, 1886, Paris).

Mastites de la ménopause.
(*Bull. méd. du Nord*, 1886, N° 12).

Mastites chroniques.
(*Gaz. des Hôp.*, 1890, p. 865).

Sur certaines inflammations et tumeurs du sein.
(Congrès français de chir., 1901).

Sarcome du sein.
(*Nord méd.*, 1er avril 1899).

Mammites chez les enfants.
(Thèse, Lille, 1894, M. Chuffart).

Voyez, sur le même sujet, les cliniques et critiques de Reclus; la discussion importante à la Société de chirurgie, 1888, où Tillaux défend l'existence de la mammite chronique, et où Quénu parle de lésion irritative; l'article de Toupet (*Sem. méd.*, 1890. p. 370); le remarquable article de Pierre Delbet, dans le *Traité* de

Duplay et Reclus; les recherches microbiologiques de Surmont et Gaudier; enfin, l'article classique de Binaud et Braquehaye (Malad. de la mammelle, ***Traité de chir.*** de Le Dentu et Delbet, tome septième, p. 71).

L'idée directrice de ce travail a été l'étude des rapports qu'affectent les inflammations de la mamelle avec les tumeurs du sein. Ces deux processus pathologiques, si distincts dans leur complet épanouissement, présentent cependant des zones de transition, des barrières limitrophes, des frontières mal assignées. Ce sont des voisins, et ce rapport de voisinage a pu être pris pour un rapport de cause à effet. Au niveau du sein une tumeur peut être prise pour une affection inflammatoire et une affection inflammatoire pour une tumeur. La première partie de notre thèse est consacrée à ce diagnostic différentiel.

En suivant nos recherches de ce côté, nous nous sommes trouvé en présence d'une maladie peu connue, de l'*induration chronique de la mamelle*. Il nous a semblé qu'il s'agissait là d'une forme clinique transitoire entre le processus inflammatoire. Nous avons recueilli un certain nombre d'observations de cette affection, et, en faisant part à nos chefs de service de nos recherches, nous avons été encouragé à les poursuivre. Je conclui donc, à l'aide de mes observations et de celles de MM. Tillaux, Duplay, Le Dentu, qu'il s'agissait d'une affection inflammatoire que je proposai d'appeler ***maladie noueuse de la mamelle***. Avant nous, M. Reclus avait décrit une ***maladie kystique*** de la mamelle et nos deux descriptions se superposaient. Mais M. Reclus concluait à la nature néoplasique de sa maladie, tandis que nos recherches cliniques nous amenaient à la considérer comme une maladie relevant d'une inflammation chronique. De nombreuses discussions ont été soulevées à propos de notre travail. La Société de chirurgie s'est prononcée en grande partie pour l'abstention opèratoire, en confirmant nos idées sur la bénignité de la maladie. Dans ces derniers temps, les recherches anatomiques et microbiologiques sont venues confirmer en grande partie notre conception d'une maladie inflammatoire chronique de

la mamelle affectant une forme clinique toujours identique (celle que Reclus et nous avons décrite) mais pouvant être parfois solide et parfois kystique. L'article de M. Delbet dans le *Traité de pathologie externe* de Duplay et Reclus résume l'état actuel de la question.

La mastite de la ménopause a été décrite par nous à propos de l'observation suivante :

Une femme de 45 ans présentait une tumeur du sein qui affectait tous les caractères du cancer en masse et qui a été prise pour un cancer par des chirurgiens expérimentés des hôpitaux de Paris. Trois signes sont venus jeter le doute sur la nature cancéreuse de l'affection. C'étaient l'absence d'adhérences à la peau, la marche oscillante de l'affection et l'engorgement ganglionnaire précoce. En présence de ce doute, nous restâmes dans l'expectative et bien nous a pris, puisque la tumeur a diminué et disparu au bout de six semaines.

Nous en concluons : à côté de la mastite des nouveau-nés et des adolescents, il existe une mastite de la *ménopause*, accompagnée parfois de phénomènes généraux et ressemblant à s'y méprendre au cancer.

La mammite des enfants.

Dans une thèse, inspirée à notre ancien élève et ami le Docteur Chuffart, nous avons décrit, à l'aide de plusieurs observations la mammite des enfants nouveau-nés, et les autres formes de mammites, c'est-à-dire la *mammite de croissance*, la *mammite traumatique*, la *mammite ourlienne*, la *mammite suppurée*.

———

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Grossesse gémellaire. Hydramnios. Ponction. Guérison.

(*Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, Paris, 1890, p. 351).

D'une observation détaillée d'hydramnios, pour laquelle nous avons fait une ponction avec succès, nous tirons les conclusions suivantes :

1° La confirmation du signe donné par Tillaux, pour le diagnostic d'une hydramnios. Lorsqu'une tumeur liquide de la cavité abdominale présente à sa surface des alternatives de dureté et de mollesse sur une partie ou sur la totalité de la masse, c'est qu'il s'agit de l'utérus distendu. Dans notre observation, le palper n'a pas provoqué de contractions sensibles : elles sont devenues visibles et tangibles pendant que le trocart était dans la tumeur;

2° Il résulte de notre observation qu'aux alternatives de dureté et de mollesse qu'une hydramnios peut présenter à sa surface, il faut ajouter les alternatives d'écoulement et d'arrêt du liquide pendant la ponction. Et ces derniers phénomènes peuvent aller assez loin pour simuler une ponction blanche;

3° Enfin, nous croyons pouvoir conclure de ce fait et d'autres analogues que, peut-être, la ponction abdominale est la meilleure conduite à tenir en face d'une hydramnios.

Etudes de gynécologie opératoire.

(In-8°, 1899, Paris).

Voyez ouvrage de l'auteur. Currettage. Rétroflexion. Ovario-

tomie. Grossesse extra-utérine et gémellaire, hystérectomie vaginale abdominale, castration, etc.

Dans cet ouvrage se trouve aussi une étude des ***paralysies post-opératoires***, sujet neuf et peu connu.

Hystérectomie vaginale pour cancer.

(*Bull. méd. Nord*, 1893, p. 53)

Présentation d'un utérus enlevé selon le procédé de Doyen, alors tout récent.

De l'hystérectomie abdominale.

(Communication au Congrès français de chir., 1899, p. 229 — *Nord méd* 1899, et *Semaine gynéc.*, 1899).

Dans cette communication nous nous déclarons partisan de l'hystérectomie ***abdominale sub totale***, procédé qui a été préconisé dans le même Congrès, par Ricard et par Terrier. Nous donnons un procédé opératoire personnel pour l'exécution facile de cette opération. Nous réservons une place à ***l'hystérectomie vaginale***, que certains voudraient abandonner, au profit de l'hystérectomie abdominale.

Nos conclusions sont basées sur une vingtaine d'opérations, faites dans notre clientèle particulière et à la Maison de santé.

Des tumeurs solides de l'ovaire.

(*Nord méd.*, 154, 1er mars 1901).

Travail basé sur deux observations : ***Fibrosarcome de l'ovaire*** et ***épithéliome cylindrique végétant***, avec examen microscopique par M. Curtis, pour l'une, et par M. Carrière, pour l'autre. Dans les deux cas, l'intervention a été couronnée de succès sans récidive.

Les deux femmes restent guéries.

A propos de ces faits, je reprends l'histoire des tumeurs solides

de l'ovaire d'après le récent travail de Dartigues, et j'arrive à la conclusion que toute tumeur solide de l'ovaire, quelle que soit sa nature histologique, doit être opérée.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

(*Bull. méd. du Nord* et *Nord méd.*, 1896).

Présentation d'un fibrome de l'utérus enlevé par la voie abdominale.

(*Nord méd.* et *Soc. de Méd. du Nord*, 1894).

Dans ce cas, je me suis contenté de saisir le pédicule extra-péritonéal dans deux pinces clamps restées en place. A l'époque où le pédicule extra-péritonéal était de rigueur, cette manière de faire pouvait avoir son importance en abrégeant la durée de l'opération.

MEMBRES

Membre supérieur.

Chondrôme ossifiant de la main droite.

(*Prog. méd.*, 1885, p. 399, et thèse de doctorat de Dubar, Paris, 1887).

Il s'agit d'un chondrome opéré par M. Segond. L'observation a été le point de départ d'une intéressante discussion à la Société anatomique. La même malade, récidivée, a fourni l'observation à M. Dubar (de Paris) pour sa thèse.

Chondrômes des doigts (en préparation; deux observations).

Sarcome du nerf médian.

(Thèse de Razemon, Lille, 1895).

Paralysies obtétricales des membres supérieurs chez les nouveau-nés.

(Observations *in* thèse Leconte, 1895, Lille).

Le traitement des écrasements des extrémités.

(*In* compte rendu du Sanatorium, 1901, et *Bull. méd. de Paris*, N° 77, 1901).

Ostéite névralgique de pisiforme.

(*Nord méd.*, 1er octobre 1896).

Difformités congénitales des doigts et pouce bifide.
(*Nord méd.*, 1er février 1898).

La tuberculose du coude chez l'enfant. Son traitement.
(*Semaine méd.*, 1891).

Recherches des résultats consécutifs et éloignés de la résection du coude.
(20 observations *in* thèse de DELBECQUE, 1898, Lille).

Autoplastie par la méthode italienne modifiée pour une rétraction cicatricielle des doigts ; restitution à peu près complète des formes et en partie des fonctions.
(*Rev. d'orthop.*, 1er sept. 1892, p. 5, 3 figures).

Enfant de 11 ans, sur lequel nous avons pratiqué l'autoplastie par la méthode italienne, pour remédier à une ancienne difformité de la main par brûlure. Nous avons emprunté le lambeau à la fesse avec le tissu cellulaire, et le résultat a été excellent, malgré le jeune âge de l'opéré.

Notre observation, ainsi que les observations ultérieures de M. Jalaguier, démontrent que la méthode italienne, prônée par Berger, est applicable aux enfants.

Du spina-ventosa. Son traitement.
(*Gaz. des Hôp.*, N° 57, 1892).

Hanche.

Diagnostic de la coxalgie du début.
(*Nord méd.*, N° 40, 1896).

De la résection de la hanche dans le traitement de la coxalgie de l'enfant.

(*Nord méd.*, 1er janvier 1900, et *Soc. de chir.*, 1899, 28 novembre, et Le Galien, 1900, janvier).

Des résultats éloignés de la résection de la hanche.

(10 observations ; thèse de Deleneuville, 1897, Lille).

Du traitement des attitudes vicieuses dans la coxalgie et, en particulier, de l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne.

(*R. d'orthopédie*, avec figures, 1900, p. 3?8).

Conclusions :

1° Parmi les moyens thérapeutiques proposés contre les attitudes vicieuses de la hanche, l'ostéotomie sous-trochantérienne linéaire doit être considérée comme l'opération de choix;

2° Dans certaines circonstances particulières, le redressement mécanique ou l'arthrotomie sont des procédés qui peuvent être avantageusement employés;

3° Rarement on aura recours aux autres ostéotomies;

4° L'ostéotomie sous-trochantérienne pourrait être, dans certains cas, d'une certaine utilité dans le traitement d'une coxalgie en pleine évolution;

5° L'ostéotomie sous-trochantérienne bilatérale peut être avantageusement employée dans certains cas d'ankyloses bilatérales de la hanche, quand il s'agit surtout des jambes en X.

De la pseudo-coxalgie d'origine herniaire.

(1er août 1900, *Nord méd.*, et *Journal* de L. Championnière).

Il m'a été donné d'observer plusieurs cas de hernies inguinales qui, devenues douloureuses, ont provoqué une véritable névralgie.

Par action réflexe, cette névralgie s'est accompagnée de contracture et d'une certaine claudication. De là à conclure à une coxalgie, il n'y avait qu'un pas.

On a donc cru avoir affaire à des coxalgiques.

En réalité, il s'agissait de hernieux qui guérissaient complètement avec le port d'un bandage ou la cure radicale.

La fièvre dans la coxalgie.

(*In* Compte rendu du Sanat., 1901, et *Bull. méd. de Paris,* 11 sept. 1901).

Luxation congénitale de la hanche.

(In *Leçons clin. de chir. orthop.*, *R. d'orthopédie*, *Gaz. des Hôp.*, etc).

J'ai introduit l'un des premiers, en France, la réduction non sanglante de la luxation congénitale (procédé de Paci).

Des luxations subites dans le cours de certaines maladies aiguës.

(Thèse de Lille, Champenois, 1894, et in *Leçons de chir. orthopédique).*

De la désarticulation de la hanche. Procédé facile et sûr de désarticulation.

(Congrès français de chir., 1901).

Voici comment je pratique la désarticulation de la hanche :

Par une incision externe, analogue à celle de la résection par le procédé de Langenbeck, je découvre le grand trochanter, je sectionne les pelvi-trochantériens, je mets à nu le col fémoral et je désarticule le fémur. Je continue alors à séparer le fémur d'avec les muscles, en le saisissant par la tête. Jusqu'ici l'hémorragie est nulle. Après avoir dénudé le fémur sur ses trois quarts supérieurs, je trace une incision circulaire sur l'extrême limite de mon incision externe et je coupe la peau et ensuite les muscles postérieurs et

les muscles antérieurs; au moment précis où je vais couper l'artère en avant, je la fais saisir par un aide.

Ce procédé, dont la paternité est contestée, puisque les uns l'ont attribué à Ollier et d'autres à Lefort, me paraît le plus sûr pour désarticuler la hanche sans danger et en très peu de temps.

Cuisse.

De l'amputation de la cuisse par un procédé spécial de l'auteur (section osseuse première).

(In *Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie journalière*, p. 71).

Depuis longtemps j'ai été frappé des inconvénients que présente le temps de la division osseuse avec la scie. Quand on a pu faire l'hémostase préventive, il est à peu près indifférent de passer quelques minutes à scier l'os; mais la chose devient véritablement dangereuse quand on opère sans hémostase préventive. Si l'on pince les vaisseaux, les pinces gênent le champ opératoire; si on ne pince pas les vaisseaux, l'hémorragie peut devenir inquiétante. J'ai donc adopté le procédé suivant, qui se rapproche de l'amputation discordante de Chaput.

Je marque l'endroit où l'os doit être divisé et je fais une incision latérale externe profonde à la cuisse, sans aucune hémostase préalable; je dénude l'os et *à ciel ouvert* je l'attaque avec l'ostéotome.

Après avoir divisé l'os, je fais la section circulaire des parties molles. Mon incision externe est l'amorce de mon lambeau antérieur; je la prolonge en bas, je la recourbe en dedans, de manière à dessiner un lambeau antérieur. Je réunis en arrière de façon à obtenir un petit lambeau postérieur.

Je coupe ensuite les muscles en avant jusqu'à l'os divisé.

La coupe des muscles postérieurs se fait de la même façon. Il ne reste qu'une portion interne qui contient l'artère et la veine. C'est par cette languette que le membre est encore en rapport avec le moignon. Je la saisis entre le pouce et l'index et je la coupe. Je

laisse mes doigts en place, j'inspecte la coupe, et je saisis l'artère et la veine séparément dans deux pinces. Dès lors l'amputation est terminée. Il reste à parfaire l'hémostase, à parer le moignon, à régulariser la section osseuse avec la pince gouge et à suturer.

On remarquera que l'amputation faite de cette façon est à la portée de tous. Elle n'exige ni hémostase préventive, ni compression, ni plusieurs aides.

Elle est rapide et peut se faire en quelques minutes.

Elle donne des résultats aussi beaux que n'importe quelle méthode. L'instrumentation est simplifiée. A la place d'une scie, toujours difficile à entretenir en bon état, un ostéotome est suffisant.

Genou.

Le genu recurvatum congénital.

(In *R. d'orthopédie* et in *Leçons de chir. orthopédique*, description adoptée par PIÉCHAUD in *Traité* de COMBY, maladie de l'enfance; KIRMISSON in *Traité* de DUPLAY et RECLUS; KIRMISSON in *Traité* des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, p. 581, et thèse de FOUSSE, 1898).

Le genu recurvatum acquis chez les coxalgiques.

(Sous presse, *Revue d'orthopédie*, 1902).

A la suite d'une communication de M. Campenon au Congrès de chirurgie de 1895, j'ai signalé le premier, je crois, le genu recurvatum à la suite du pied bot équin. Revenant sur le même sujet avec M Bintz, interne du Sanatorium de St-Pol, nous avons examiné tous les coxalgiques de l'établissement, et nous avons trouvé, dans la moitié des cas, le *genu recurvatum*. Ce qu'il y a de particulier dans cette malformation des coxalgiques, c'est que la plupart de ceux qui sont ainsi déformés n'ont pas marché depuis de longs mois et qu'ils ont contracté l'attitude vicieuse dans le lit.

Deux cas de flexion congénitale du genou (en collaboration avec M. Paucot).

(*R. d'orthopédie*, 1900, avec 3 figures).

Absence congénitale de la rotule (en collaboration avec M. Potel).

(*R. d'orthopédie*, 1896, p. 342 et *Traité* de Kirmisson, p. 589).

Voyez aussi *thèse de Potel*, 1897, où l'auteur a exposé, sous mon inspiration, toutes les malformations congénitales du genou.

Genu valgum.

(In *Leçons cl. de chir. orthopédique*, *Gaz. des Hôpitaux*, etc).

Ostéoclasie manuelle dans le genu valgum.

(Congr. franç. de chir., 1892).

L'ostéoclasie manuelle dans le genu valgum infantile est incontestablement la méthode la plus sûre, la plus rapide et la plus inoffensive. Si elle est abandonnée en France, cela tient à la défectuosité du manuel opératoire suivi, qui ne permet pas d'arriver à un bon résultat dans la moitié des cas.

Le procédé que j'ai décrit et que je pratique depuis plus de 10 ans est celui que j'ai vu employer par le regretté Panzeri, de Milan, procédé qui dérive de celui de M. Tillaux.

L'enfant est complètement chloroformé. Il est placé sur une table garnie d'un léger matelas.

Le flanc opposé au genou déformé appuie sur la table ; le genou soulevé est prêt à se poser sur un *billot* fixé solidement au bout de la table. Ce billot, haut de 10 cent., long de 15 cent., est taillé en pente douce de haut en bas et d'avant en arrière, de manière à présenter une face supérieure prête à recevoir le membre malade, qui, lui-même, est oblique par suite de la position de l'enfant couché sur le flanc. Le condyle interne du fémur appuie sur le

bord du billot ; il y est assujetti par la main d'un aide, qui, placé à la gauche de l'enfant, monte sur un tabouret et, de tout le poids de son corps, appuie de ses deux mains sur le condyle externe du fémur, pour le fixer eur le point d'appui L'opérateur se place au bout de la table. Il a devant lui la jambe qui dépasse et qui se dirige en haut et en avant.

Avant de se servir de cette jambe comme d'un levier et de la redresser, il étend le genou. L'extension doit être portée au maximum, sous peine d'échouer dans les temps ultérieurs. Dès que l'extension est obtenue, il opère des pesées successives sur le tibia saisi entre ses deux mains, et dirige ces pesées autour de l'axe transversal passant par le genou... Cette opération a, pour elle l'expérience de plusieurs centaines de cas.

Nouveau procédé d'ostéotomie dans le genu valgum.

(In *Leçons cl. orthop.*, p. 319).

Voici comment j'ai décrit ce procédé :

Dans certains cas exceptionnels, sur l'enfant, où l'ostéotomie classique de Mac Even est vraiment difficile, quand on prévoit des difficultés dues à la conformation des parties, je crois qu'on serait autorisé à opérer d'une façon plus large, et c'est justement dans un cas de ce genre que j'ai employé l'*ostéotomie avec la scie à chaîne.*

Par une double incision interne et externe, je décolle le périoste de la face postérieure du fémur et je conduis autour de l'os une scie à chaîne, guidée sur une aiguille do Deschamps. Je sectionne alors l'os d'arrière en avant, avoc la plus grande facilité et à l'abri de toute surprise.

Cette manière de faire offre une grande sécurité, et je ne vois pas trop ce qu'on pourrait lui reprocher. La cicatrice est plus grande sans doute, mais elle est facile à réduire par la suture cutanée, et quant aux résultats consécutifs, ils sont aussi bons que ceux de la méthode de Mac Even.

Par une double incision, menée sur la crête du tibia et sur le bord de l'os, je suis parvenu à ostéotomiser de la même façon la jambe.

Ces procédés ont été dernièremnt repris par mon collègue M. Frœlitz, de Nancy, qui a pris connaissance de mon procédé et l'a cité. M. Frœlitz a substitué à la scie à chaîne la scie de Gigli, et j'ai adopté moi-même, depuis, cette modification.

Opérations économiques dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant.

(*R. mens. des maladies de l'enfance*, 1892, août. — Voyez aussi Rapports annuels du Sanatorium de St-Pol, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900).

Tumeur blanche du genou chez l'enfant (en collaboration avec Boëldieu).

1900, Paris, travail basé sur 83 observations, dont 45 interventions, avec figures et radiographies. — Voyez aussi *Bull. méd.*, 1901, article Laval, sur le traitement des tumeurs blanches du genou, et *Arch. provinciales de chirurgie*, 1901).

Creux poplité.

Kystes du creux poplité chez l'enfant.

(*Nord méd.*, N° 42, 1896).

Jambe.

Amputation de la jambe au lieu d'élection par lambeau externe.

(*Bull. méd. du Nord*, 1890).

Varices des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales (avec figure).

(*Bull. méd. du Nord*, N° 42, 1896).

Ostéomyélite traumatique à foyers multiples.
(*Bull. méd. du Nord*, 1890, p. 497).

Articulation tibio-tarsienne.

Tuberculoses localisées multiples. Tumeur blanche tibio-tarsienne.

(*Bull. soc. de chir.*, 1891, rapport de M. Berger sur une observation du Dr Phocas. Mauclaire : *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses*, 1893, p. 247 — Voyez aussi article Poncet, *Revue d'orthop.*, 1894, No 4, à propos de cette observation, qui était une tarsectomie presque totale. — Observ. complète *R. mens. des maladies de l'enfance*, 1891. — Article du *Traitement des tuberculoses du tarse.* — Congrès de chir, et *Arch. prov. de chir.* avec figures et tiré à part, 1893).

Notre mémoire au Congrès de chirurgie est besé sur 11 observations. Description du procédé employé par nous pour la résection tibio-tarsienne. Discussion des indications et des contre-indications opératoires Comme conclusion noue arrivons è préconiser lee moyene conservateurs simples dans les ces récents : le grattage et la thermo-ceutérisation sur les enfents jeunes, et enfin les ebletions osseuses sur les enfants plus âgés.

Le procédé de résection tibio-tersienno auquel noue avons recours est le euivant : incision externe, luxation du pied sur la jambe, abletion de l'astragale, inepection de la mortaise tibio-péronnière et des os du tarse ; selon les besoins, eblation complémentaire des os.

Ce procédé est si simple qu'il ne demande que quelques minutes pour être mené à bonne fin et permet d'obtenir une guérison rapide. Nous evons opéré evec la bande d'Esmarch. Depuis quelque temps nous avone ebandonné eussi l'hémostase préventive, qui est ebsolument inutile, car l'hémostase se fait pendant l'opération par la luxation du pied et la coudure des vaisseaux.

C'est par le mêmo procédé que nous exécutons le résection

tibio-tarsienne, les arthrodèses, les résections osseuses dans le pied bot, etc.

Des résultats éloignés de la résection tibio-tarsienne.

(Thèse Thilliez, Lille, 1899, basée sur nos observations)

Arthrodèse tibio-tarsienne.

(Congrès de chir., 1892, p 368).

En France, la première arthrodèse fut faite par Defontaine, puis vinrent les opérations de Kirmisson, Schwartz, Broca, Piéchaud, Phocas (Article *chirurg. des membres.* t. X, p. 1147. *Traité* Le Dentu et Delbet.

Notre procédé d'arthrodèse est très simple. Ouverture de l'articulation par l'incision externe, grattage de la poulie astragalienne et de la mortsise, réunion.

Au point de vue des indications nous arrivons au conclusions suivantes :

On peut établir trois variétés de pieds bots paralytiques. 1° Le pied bot paralytique fixe, à lésions musculaires réparables; 2° le pied bot paralytique à lésions musculaires irréparables (p. b. ballant); 3° le pied bot paralytique à lésions musculaires irréparables, avec déformations osseuses.

Si la première variété est justiciable des opérations sur les parties molles, les deux autres me paraissent devoir être tributaires, tôt ou tard de l'arthrodèse.

Enfin, le pied bot intermittent, commandé par la pesanteur, nous paraît justiciable de l'arthrodèse.

Ces conclusions, nous les avons corrigées nous-même, en pratiquant, pour la première fois, en France, la *transplantation musculo-tendineuse*, qui devait, selon nous, ouvrir une nouvelle voie dans la thérapeutique de certains pieds bots. Nos prévisions se sont réalisées (voyez transplantation musculo-tendineuse plus bas).

Pied.

Note sur le raccourcissement opératoire du tendon d'Achille dans le pied bot talus paralytique.
(*R. d'orthopédie*, 1895).

Willet a le le premier, en 1880, proposé et exécuté une opération de raccourcissement du tendon. Gibney a modifié le procédé.
Notre procédé diffère de tous les autres.

Nous raccourcissons le tendon sans le sectionner, en le repliant sur lui-même. Pour cela nous commençons par l'amincir suffisamment en le dédoublant.

Il était logique, pour raccourcir un tendon et le fortifier, de ne pas commencer par le sectionner. Notre procédé conserve la continuité du tendon. Il est inspiré de l'avancement capsulaire des ophtalmologistes.

Transplantation musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique.
(*R d'orthopédie* et *Acad. de méd*, 1894).

La première opération de transplantation musculaire faite en France (1893). Depuis, Forgue, Piéchaud, Rochet, Péraire et Moty, Delanglade, en France, et beaucoup de chirurgiens à l'étranger, ont fait l'opération de Nicoladoni.

A l'époque où j'ai pratiqué cette opération, il n'y avait que deux observations publiées en Allemagne.

Je crois avoir eu le mérite d'entrevoir une véritable méthode nouvelle, destinée à rendre des services dans le traitement des pieds bots paralytiques, et c'est dans cet esprit que j'ai communiqué mon observation à l'Académie de médecine.

Mes prévisions se sont réalisées et, actuellement, on compte par centaines les opérations de ce genre pratiquées dans tous les pays (Allemagne, France, Italie).

Traitement chirurgical du pied bot.

Congrès français de chirurgie 1896, et *Nord méd.*, 1er novembre 1896. — Voyez aussi *Gaz. des Hôp.*, *Revue et clin. orthopédique*).

Malformation congénitale partielle du pied. Amputation sous-astragalienne.

(Congrès français de chir., 1895, p. 698, pièce déposée au Musée Lannelongue).

Tumeur blanche de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Injections d'éther iodoformé.

(*Bull. méd. du Nord*, 1890, p. 414).

De l'orteil en marteau.

(*Gaz. des Hôpitaux*, N° 57, 1892).

L'exostose sous-unguéale

(*Nord méd.*, 1er mai 1897).

CHIRURGIE DE GUERRE

Considérations sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne envoyé de Paris à la guerre gréco-turque.

(11e Congrès de chir., 1897).

Installée dans l'aile principale de l'école militaire des cadets, notre ambulance a pu soigner deux cents blessés environ. Dans une seule après-midi, il a fallu faire plus de cent pansements à la suite de la bataille de Domokos. Nous n'avons conservé ensuite que les blessés les plus graves.

Avec l'aide de mes collaborateurs, j'ai pu garder des notes de 68 observations que j'ai classées ainsi :

1° Plaies par armes à feu des parties molles ;

2° Fractures compliquées par armes à feu ;

3° Plaies articulaires ;

4° Blessures de vaisseaux ;

5° Blessures viscérales.

Conclusions : Si nous jetons un coup d'œil sur les principaux cas que nous avons pu examiner et soigner, nous trouvons d'abord une prédominance manifeste des lésions des membres et une pénurie très grande des lésions viscérales. Il existe certainement une cause d'erreur que nous tenons à signaler. Les blessures viscérales sont, en général, si graves qu'elles ne sont pas arrivées jusqu'à nous.

Le rapport réel entre les lésions des membres et celles des viscères n'est donc pas celui indiqué par nos observations. Mais, d'après nos renseignements, d'après la mortalité survenue dans les

bateaux qui transportaient les blessés, on peut affirmer que les lésions viscérales ont été assez rares.

Une autre remarque est bonne à retenir :

Les plaies soignées dans le service de l'arrière ont été d'une remarquable bénignité, à tel point que sur nos 68 observations, nous n'avons à signaler que 3 morts (fracture du crâne, plaie du rectum et plaie pénétrante double du thorax). Sans compter les plaies des parties molles, nous avons 39 observations de fractures compliquées graves et de plaies articulaires, presque toutes ayant intéressé une grande articulation, qui, *toutes* sans exception, ont fini par guérir. Nous ne pouvons expliquer ces résultats que par la mise en pratique de l'antisepsie. Toutes les grandes opérations que nous avons pratiquées (amputations, résections) ont été faites en pleine septicémie et toutes ont guéri (4 amputations et 5 résections).

Remarques sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne dû à l'initiative du professeur Panas, envoyé à Athènes pendant la guerre gréco-turque.

(Extrait du *Bull de l'Union des Femmes de France*, 1897, broch. de 20 pages).

Fracture de la cuisse avec section de vaisseaux sans hémorragie.

(*Nord med.*, 15 juin 1897).

MISSIONS SCIENTIFIQUES ET CONFÉRENCES

Les instituts orthopédiques en Italie.

(*R. d'orthopédie*, 1er mars 1892, 16 pages).

Chargé d'une mission scientifique en Italie, pour étudier les établissements orthopédiques, nous n'avons pas cru devoir décrire les nombreux hôpitaux d'enfants pourvus de service de chirurgie, mais après avoir rappelé qu'il existe, en Italie, une chaire magistrale d'orthopédie à Naples, nous nous sommes attaché à décrire le fonctionnement des *instituts orthopédiques* qui, par leur organisation, offrent quelque chose d'absolument spécial. Il s'agit d'une association d'une école et d'un hôpital, tous deux destinés à abriter les enfants difformes.

Les enfants restent à l'école toute la journée, mais ils sont ramenés chez eux le soir. Grâce à ce système de demi-externat, les liens de famille ne sont pas rompus par l'admission de l'enfant à l'école des rachitiques. Le fonctionnement de l'école dans l'hôpital offre les avantages suivants : Sans compter l'idée fondatrice humanitaire d'isolement du rachitique, l'école assure le recrutement de malades, facilite l'accès des malades, règle l'hygiène des enfants rachitiques, permet les traitements de longue haleine, si fréquents en orthopédie, évite l'encombrement hospitalier et assure la cure pré et post-opératoire, si difficile à régler dans les simples hôpitaux d'enfants.

L'institut des rachitiques de Milan est le modèle du genre.

A la suite de cette description, nous donnons une analyse succinte des traitements orthopédiques que nous avons vu employer le plus souvent en Italie.

Relation d'un voyage scientifique en Ecosse
(en collaboration avec M. HENNECART).

(*Bull. méd. du Nord*, 1892).

Dans cette relation, nous décrivons la disposition des hôpitaux d'enfants, en Écosse, et nous insistons sur la nécessité urgente de séparer, dans les services de chirurgie, les sujets infectés des non-infectés, idée que Terrier a si bien développée, et qui est encore loin d'être réalisée en France. Nous insistons aussi sur l'aménagement intérieur des salles des hôpitaux d'enfants. Il ne suffit pas de donner l'air et la lumière aux petits malheureux qu'on hospitalise, il faut leur donner aussi l'illusion de la famille et développer leur bons sentiments. Les salles de nos hôpitaux contrastent, par leur nudité et leur froideur, aux salles anglaises, où les murs sont ornés d'images, où il existe des fleurs, des jouets, etc. Au Sanatorium de Saint Pol-sur-Mer, nous avons eu la satisfaction, grâce à l'initiative de M. Vancauwenberghe, de voir réaliser ce desideratum. Dans les salles il existe des images, des jouets et un piano. Dans le nouveau Sanatorium de Zuydcoote, la séparation entre les infectés et les non-infectés sera un fait accompli.

Nous avons la satisfaction de penser que nous n'avons pas été étranger à ces transformations.

Leçon d'ouverture du cours complémentaire de la clinique chirurgicale des enfants.

(*Bull. méd. du Nord*, 17 et 18, 1999).

Conférence faite au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, devant les membres du Congrès de médecine de Lille, avec 8 figures.

(1900, *Nord. méd.*).

Dans une conférence que nous avons faite au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, nous avons exposé le rôle des Hôpitaux marins

et les modifications, dans le traitement chirurgical, qu'imprime le séjour à la mer et le milieu. A l'aide de nombreux exemples, nous avons essayé de montrer les différentes maladies qu'on peut soigner avec succès. Le Sanatorium, que nous avons trouvé avec 100 lits en 1895, en possède actuellement 400 (1901).

Voici nos conclusions.

Le Sanatorium ne saurait être exclusivement, ni un hôpital d'enfants, ni une maison de convalescence, ni une maison de retraite ; mais la maison des tuberculeux locaux et des rachitiques, la maison protectrice de l'enfance maladive, maison hospitalière qui, égalant les conditions sociales, préserve, guérit et consolide les guérisons de ces maladies chez les pauvres, en les plaçant sur un pied d'égalité avec les riches.

OUVRAGES DE L'AUTEUR

Contribution à l'étude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein.
(107 pages, 1886, Paris).

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique.
(Baillière. — Paris, 1895. Volume de 524 pages).

Ce livre est rédigé de façon à passer en revue presque toutes les grandes questions de chirurgie orthopédique. Il est composé de notes basées sur des observations personnelles. Tout en faisant la part large à la bibliographie, nous nous sommes efforcé d'écrire des articles originaux basés sur des recherches personnelles. Tel qu'il est, ce volume résume l'état actuel des questions orthopédiques à l'étude et donne un résumé de notre pratique.

Parmi les articles originaux, nous citerons : Le ***Traitement du torticolis par la ténotomie à ciel ouvert***, le ***Torticolis musculaire aigu***, le ***Torticolis d'origine rachitique***, les ***Déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales***, les ***Manœuvres de Paci dans la luxation congénitale et acquise de la hanche.*** Une histoire complète du ***genu recurvatum congenital;*** plusieurs articles sur le ***genu valgum***, ses ***particularités***, son ***traitement;*** une clinique sur l'***absence congénitale du péroné***, sur les ***luxations subites de la hanche dans les maladies aiguës***, sur la ***main bote congénitale***, sur les ***amputations congénitales du membre supérieur.*** Enfin, un long mémoire sur le ***traitement du pied bot***, d'après nos observations, où l'on trouvera la discussion de l'opération ***de Phleps***, que nous avons été, après M. Kirmisson, un des premiers

à vulgariser en France. Plusieurs de ces articles ont été reproduits dans les journaux de médecine (*Gaz. des Hôpitaux*, *Revue de thérapeut.*, *Nord méd.*, *Revue d'orthopédie*, etc.).

Clinique chirurgicale des enfants de l'Hôpital St-Sauveur.

(1 vol. in-12, broché).

Notre collaborateur et ami M. Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille, est chargé, depuis trois ans, du service chirurgical des enfants de l'Hôpital St-Sauveur, et, comme un grand nombre de chirurgiens, il a cru devoir publier le résumé des observations et des leçons cliniques qu'il a faites à cet hôpital. Nous n'avons que des félicitations à lui adresser pour son initiative, souhaitant que dans chaque hôpital français chacun ait le courage d'en faire autant.

En trois années, M. Phocas a pratiqué 208 opérations, avec 205 succès opératoires. Les 3 morts sont dues à une hémorragie (bec-de-lièvre), un shok opératoire (péritonite tuberculeuse), à la septicémie (ostémyélite aiguë). Il y a eu en outre 4 morts tardives (pneumonie, athrepsie, cholérine, broncho-pneumonie).

Aucune opération orthopédique n'a été suivie de mort, et on en a compté 75.

Un certain nombre des observations que renferme ce recueil serait à analyser ; mais nous devons nous borner à en citer le titre. A noter tout d'abord une curieuse malformation de l'anus et du rectum, traitée par l'anus iliaque et l'anus sacré et guérie ; puis une résection de la hanche pour arthrite suppurée chez un enfant d'un an ; des évidements fémoraux pour ostéomyélite ; des appendicites, etc. M. Phocas a utilisé, dans nombre de cas, la méthode sclérogène pour les ostéo-arthrites tuberculeuses et a apporté, à l'appui, des faits intéressants ; il a appliqué le même mode de traitement avec un certain succès aux adénites cervicales ; mais il a obtenu des résultats moins bons dans le spina ventosa. Au cours de ces observations se trouve intercalé un travail d'ensemble sur

les tumeurs de la vessie chez l'enfant, mémoire pourvu d'un tableau synoptique.

La deuxième partie du volume est consacrée à l'orthopédie ; on y trouvera une série de chapitres sur le torticolis, la cyphose, la scoliose, les pieds bots, la paralysie infantile....

Enfin, l'ouvrage se termine par six leçons magistrales. Trois sont consacrées au mal de Pott (diagnostic ; traitement de la tuberculose vertébrale ; traitement de l'abcès par congestion) les autres ont pour titre : abcès rétropharyngiens chez l'enfant et leur traitement ; de l'orteil en marteau, du spina ventosa et de son traitement.

En somme, documents d'un réel intérêt que l'auteur a bien fait de sauver de l'oubli. Et pourquoi dans nos autres écoles ou facultés ne suivrait-on pas son exemple ?

A bon entendeur, salut.

Marcel Baudouin (*Arch. pr. de chirurgie*).

Tumeur blanche du genou chez l'enfant.

(Paris, 1900, en collaboration avec Boëldieu, 192 pages).

Voici les conclusions de ce livre :

« Arrivés au terme de cette étude des déformations, nous croyons que loin d'être l'apanage de l'opération, elles peuvent être considérées comme une des terminaisons naturelles de la gonarthrite tuberculeuse.

» Elles paraissent sans doute plus fréquentes et plus graves à la suite de l'opération, mais cela tient à ce qu'elles ont été dans ces circonstances mieux étudiées, sans compter que les cas justiciables d'opération sont en général des cas graves et plus susceptibles à se terminer par une déformation.

» Quoi qu'il en soit de la fréquence des déformations post-opératoires, nous ne sommes pas autorisés à rejeter d'une manière absolue l'opération sanglante, quand elle est formellement indiquée, en nous basant sur l'argument unique des déformations consécutives.

» En nous basant uniquement sur les résultats éloignés que noue avons observés sur *83 sujets* retrouvés longtemps après, nous pouvons dire que l'intervention opératoire possède à son actif un plus grand nombre de guérisons consécutives que la conservation, que les ankyloses rectilignes sont deux fois plus fréquentee à la suite de l'opération qu'à la suite de la conservation et que les ankyloses angulaires sont à peu près aussi fréquentes dans un cas que dans l'autre (Voir page 167).

» Ajoutons à cela que la mortalité opératoire (résection ou artbrectomie) est *absolument nulle*, que la durée de la maladie est diminuée par le fait de l'opération, et nous aurons à peu près tous les termes du problème pour juger en connaissance de cause la valeur de l'intervention dans la tumeur blanche dugenou.

» Cependant, nous ne voudrions pas baser des conclusions fermes eur les chiffres. Nous sommes les premiers à voir les défauts de notre statistique, qui se base sur 22 enfante traités par les méthodes conservatrices et sur 45 ayant subi une opération. Cette inégalité est déjà une grave cause d'erreur. Mais ce n'est pae tout. Si nous avions eu à raisonner sur deux lots de malades égaux en nombre, nos conclusions seraient encore viciées par la dissemblance des cas et des circonstances patbologiques.

» C'est là que réside le côté défectuoux des statistiques, qui ont la prétention de tout trancber.

» Nous ne voulons retenir de la statistique que le fait de l'innocuité opératoire et celui des déformations post-opératoires survenant en nombre égal et même supérieur aux déformations spontanées.

» Avec ces éléments, les seuls sur losquels on puisse se baser sans commettre une grosse erreur, on peut envisager l'opération au début, en pleine période de la maladie, au déclin; l'opération dans les tuberculoses suppurées ot ouvertes ou dans les tuberculoses fermées. En un mot, on peut examiner les cas cliniques particuliers, comme nous l'avons fait dans un précédent chapitre, et on arrive à cette conclusion, à savoir : quo la gonarthrite, quand elle

est suppurée et ouverte ou quand elle n'a pas été guérie par les procédés conservateurs, est justiciable d'une opération même chez l'enfant. Nous ajouterons que cette opération inoffensive pour la vie n'est pas plus déformante pour le membre que la simple conservation dans *les cas graves*, qu'elle offre l'avantage de guérir la tuberculose locale dans la très grande majorité de cas et dans un espace de temps relativement court.

» Loin d'avoir la prétention de vouloir préconiser l'opération dans tous les cas ou dans un grand nombre de cas, noue voudrions que la résection du genou ne soit pas considérée comme une opération désastreuse, et, d'accord avec Ollier, dont les beaux travaux devraient nous préserver, en France, de toute erreur d'appréciation sur un pareil sujet, nous voudrions réagir contre la tendance d'aujourd'hui qui consiste à vouloir tout traiter par la méthode conservatrice ou de vouloir établir une thérapeutique uniforme pour toutes les tumeurs blanches du genou, quelle qu'en soit la gravité.

» Mais, nous le répétons, nous ne sommes ennemis ni de la conservation, si brillamment défendue dans ces derniers temps par notre maître, M. Kirmisson, ni des méthodes encore peu connues et peu étudiées d'une mobilisation dosée et scientifique.

» Et, si nous avons écrit ce travail, c'est moins pour donner des conclusions précises que pour étudier à l'aide de documents précis un coin de la question. »

Études de gynécologie opératoire.

(Paris, 200 pages, 1900).

Voici la préface de ce livre :

« Depuis quelques années, j'ai eu à pratiquer un certain nombre d'opérations gynécologiques, soit dans ma clientèle privée, soit dans la Maison de Santé. Pour chaque cas particulier, il m'a fallu faire des lectures et adopter le procédé opératoire qui m'a paru le mieux approprié à la malade, au milieu opératoire et à mon propre tem-

pérament. J'ai eu la bonne fortune de suivre ces malades et de connaître les résultats éloignés de ces opérations, souvent à plusieurs années de distance. Enfin, certaines particularités opératoires et certains accidents post-opératoires m'ont frappé, soit par leur fréquence, soit par leur rareté, et si la mortalité immédiate est à l'heure actuelle, grâce à nos procédés d'asepsie, à peu près totalement enrayée, il reste encore beaucoup à faire pour mener à la guérison parfaite les opérées.

» Résumer simplement ces faits et en tirer des conclusions qui ne sauraient d'ailleurs qu'être provisoires, tel est le but de ce travail. J'ose espérer qu'il pourra être utilement consulté par ceux qui, placés dans les mêmes conditions que moi, auraient à pratiquer des opérations analogues. »

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière.

(Paris, 645 pages, 1901).

Cet ouvrage, qui fait partie de la collection des ***Manuels de Thérapeutique clinique*** publiés sous la direction de M. le Professeur Lemoine, de la Faculté de Lille, a été conçu et rédigé dans un esprit essentiellement pratique, au point de vue de la chirurgie courante, « de manière à pouvoir être consulté par les praticiens, qui, tout en ne s'occupant pas de grande chirurgie, ont besoin d'être au courant des méthodes chirurgicales modernes et de leurs indications », et qui trouveront là, en outre, d'utiles enseignements relativement à la technique des opérations usuelles. Après deux chapitres préliminaires consacrés, l'un à l'antisepsie et à l'asepsie, le suivant à l'anesthésie, M. Phocas entre en matière par l'étude du traitement des plaies en général et de leurs complications, des abcès et des phlegmons, des diverses gangrènes, etc... Sous le titre « Maladies des tissus », viennent ensuite une série d'articles concernant les kystes, l'hygroma, les kystes synoviaux, les angiomes, les varices, etc., et enfin les névralgies rebelles aux moyens médicaux et justiciables d'interventions opératoires diverses. Les deux

parties qui suivent ont respectivement trait aux affections des os et à celles des articulations, et prennent dans le *Manuel* une large place, en rapport avec le nombre et l'importance des questions qu'elles embrassent ; il en est de même, un peu plus loin, des chapitres consacrés aux hernies et aux organes génito-urinaires. En ce qui concerne les autres chapitres, leur ordre de succession est le même que dans les traités de pathologie : crâne, face, cou, poitrine, abdomen, etc. 108 figures, schémas, dessins d'appareils, reproductions de photographies représentant diverses manœuvres, etc..., sont disséminés dans l'ouvrage et viennent apporter leur appoint démonstratif aux enseignements du texte. — Résumer dans un Manuel de 600 et quelques pages un aussi grand nombre de sujets divers, et faire d'une publication semblable, forcément rapide, un ouvrage d'une réelle valeur, est une tâche laborieuse et difficile. M. Phocas l'a bravement entreprise, et l'a accomplie de façon très heureuse et très honorable. Fidèle au plan qu'il avait adopté, il a su se maintenir dans la note clinique, et l'allure générale de son livre répond bien à sa destination. C'est une série d'articles concis et clairs, où chaque question est condensée et réduite à ses points essentiels, sans préoccupation de détails d'importance secondaire, et où l'auteur, en praticien expérimenté, manque rarement de mettre en relief le côté de la question, — ndication thérapeutique, choix de méthods ou de procédé, ou préceptes de technique, — sur lequel son lecteur souhaitera particulièrement être renseigné. Et si quelques oublis peuvent être relevés, si l'on peut regretter la brièveté de certains paragraphes un peu sacrifiés comparativement à d'autres, défauts à peu près inévitables d'ailleurs, et bien excusables, dans un travail de ce genre, c'est seulement par contraste avec la valeur du reste qu'ils se laissent apercevoir çà et là, comme de légères ombres dans un ensemble excellent. En somme, ouvrage bien compris et soigné, qui fera honneur à son auteur, et qui mérite de figurer en bon rang parmi les livres de chevet du praticien. Ch. H. Petit-Vendol.

(*Le Progrès Médical*, Paris).

De la plume autorisée et savante du professeur Phocas, de Lille, ne pouvait sortir qu'une œuvre d'une technique parfaite et d'une valeur assurée. Mais les mérites intrinsèques de ce nouveau manuel de thérapeutique chirurgicale s'avèrent non pas seulement par le talent de l'écrivain, mais par la maîtresse vertu du professeur : le don d'enseignement.

Nous avons parcouru les premières pages du livre avec intérêt, et insensiblement gagné par la simplicité et la clarté de la phrase, nous avons terminé cet excellent livre comme on lirait une œuvre historique. En effet, le manuel du professeur Phocas prend à l'histoire de la chirurgie ancienne son don d'observation, à la chirurgie d'hier son élan hardi, à la chirurgie d'aujourd'hui son assurance et sa science et compose un tout harmonieux et instructif.

Les qualités de tact et de savoir chirurgical de l'auteur, son enseignement si apprécié ont fait de son manuel un livre type pour l'étudiant et le praticien ; l'un et l'autre pourront puiser à cette source les connaissances et les indications chirurgicales.

Le professeur Phocas débute par un exposé très clair des règles de l'asepsie et de l'antisepsie, et comme il estime les préliminaires de tout acte chirurgical, aussi graves que l'intervention elle-même, il documente ses lecteurs sur les préparatifs éloignés et immédiats et sur la pratique de l'anesthésie.

Le manuel parcourt ensuite le cycle chirurgical ordinaire ; traitement des plaies et de leurs complications, technique des amputations, des articulations, etc., thérapeutique des fractures, des luxations, maladies chirurgicales des organes. Toutefois, le livre n'aborde pas les maladies des yeux, des dents, du nez, des oreilles et du larynx, maladies qui sont traitées dans un autre volume des manuels thérapeutiques sous le vocable : Maladies spéciales. Nous aurons sous peu l'honneur de présenter à nos lecteurs les principales lignes de cet ouvrage.

En résumé, l'œuvre du docteur Phocas nous a particulièrement intéressé par les qualités maîtresses d'une exposition claire, d'une doctrine, si pas toujours la meilleure au moins la plus vécue par

l'auteur, d'une conscience dépourvue de préventions et d'une rare portée pratique.

Dr L. Dejace.

(Le Scalpel, Liège, 1901*).*

Ce livre excellent fait partie des manuels de thérapeutique clinique publiés sous la direction de M. le professeur Lemoine, de Lille. On sait avec quelle faveur ces ouvrages, conçus dans un esprit véritablement clinique, ont été accueillis par les étudiants et les médecins, puisque la partie médicale, écrite par M. Lemoine, est aujourd'hui à sa troisième édition.

Dans ce manuel, on trouvera un résumé de thérapeutique clinique, envisagée surtout au point de vue pratique, c'est-à-dire arrangée de manière à pouvoir être consultée par les praticiens qui, tout en ne s'occupant pas de grande chirurgie, ont besoin d'être au courant des méthodes chirurgicales modernes et de leurs indications. L'auteur n'a pas décrit en détail la technique des grandes opérations, et nous l'en félicitons, car elles ne sont pas à la portée des praticiens; il a insisté au contraire sur les interventions courantes, sur celles que le médecin est constamment appelé à pratiquer.

Dans la première partie, il expose les règles de l'asepsie, les méthodes d'anesthésie, le traitement des plaies et de leurs complications, le traitement des affections des tissus, des fractures, des luxations, des maladies articulaires, etc.

Dans la seconde, il étudie les maladies des régions et entre dans tous les détails sur la thérapeutique qu'il convient de leur opposer.

L'intérêt du lectour est tenu constamment en éveil dans cet ouvrage; outre l'exposition des faits, on y trouve à chaque page une allusion aux discussions de la Société de chirurgie et le résumé des acquisitions les plus récentes de la chirurgie contemporaine. De nombreuses figures inédites facilitent l'intelligence du texte.

Nous ne doutons pas du succès du livre de M. Phocas, très préparé d'ailleurs par ses travaux antérieurs à mener à bien une œuvre si délicate.

H. Marciouey.

(*Journal des Praticiens*, p. 560, 1901).

LIBRARY TABLE

Thérapeutique Chirurgicale et Chirurgie Journalière (Surgieal Treatment), par G. Phocas, Professeur Agrégé à la Faculté de Lille. Avec 108 figures dans le texte. Paris : Vigot Frères, 1901. Pp. 650. Prix 8 f. — This is a useful little manual, forming one of a series on the several branches of medicine. It dœs not include the diseases of the eyes, nose, ears, larynx, or mouth — these are to be found in a separate volume of the series — but it dœs contain gynæcological surgery. The descriptions have been necessarily abridged so as to keep down the size of the volume, yet it cannot be said that there has been any real sacrifice of efficiency. The operations described are mainly those more usually adopted, and it is only bere and there that we find some novel procedure introduced. One instance of this is tbe description of a new method invented by tbe author for amputation of the thigh. At the commencement of the operation, before any of the flaps are cut, the bone is laid bare on its outer aspect by a longitudinal incision, and it is then divided by an osteotome ; the flaps are subsequently formel, the large vessels being divided last The author speaks highly of tho method, and it is certainly very ingenious. The account of antisepsis and asepsis is especially good, but all the book is satisfactory. Diagrams are freely introduced and tbey are more than 100 in number. Wo do not know any ketter work of its size.

(*The Lancet*, 14 Septembre 1901).

Voyez aussi *Grèce médicale,* Syra, août 1901 (bibliographie, en grec, de M. le Dr Foustanos),

Le Galien (N° 22, août 1901), signature M. Divaris.

Bulletin médical (24 août 1901), M. Malherbe.

Anjou médical (août 1901), M. Monprofit.

Académie de médecine (*Petit Temps,* 23 juin 1901).

TABLE DES MATIÈRES

Travaux scientifiques

Lille. Imp. Camille Robbe.